



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZAN – HUÁNUCO 2018”.**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL
MENCIÓN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.**

AUTORA

Eveling Milagros Pollo Martel

ASESORA

Dra. Juana Irma Palacios Zevallos

HUÁNUCO – PERÚ

2018



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

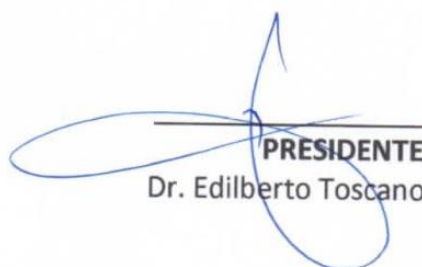
En la ciudad de Huánuco siendo las 11:00 horas del día 02 del mes de DICIEMBRE en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Dr. Edilberto Toscano Poma, **Presidente**, Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**, Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro, **Vocal**.

Nombrados mediante RESOLUCIONES Nº 2280-2019-D-FCS-UDH de fecha 30 de noviembre del 2019, para evaluar la Tesis intitulada: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN – HUÁNUCO 2018"**, presentado por doña: **Eveling Milagros POLLO MARTEL**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.


Siendo las 12:30 horas del día 02 del mes de DICIEMBRE del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



PRESIDENTE
Dr. Edilberto Toscano Poma



SECRETARIA
Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas



VOCAL
Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro

DEDICTORIA

Dedico esta tesis a mis hijos Joaquín y Mariano el mejor regalo que haya podido recibir de parte de Dios, son mi mayor tesoro y también la fuente más pura de mi inspiración.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Nuestro Padre Celestial por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

Agradezco a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas.

Agradezco a mi esposo por entenderme en todo, y ser el apoyo incondicional en mi vida.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi asesora Obsta. Juana Irma Palacios Zevallos; por la acertada y prolífica orientación a fin de terminar mi trabajo de investigación.

INDICE

DEDICTORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN.....	vii
SUMMARY	viii
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I.....	11
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVETIGACION	11
1.1 Descripción del problema	14
1.2 Formulación del Problema	17
1.3 Trascendencia de la investigación/Justificación de la investigación	19
1.4 Limitaciones de la investigación	19
1.5 Viabilidad de la investigación.....	20
CAPITULO II.....	21
2. MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 Antecedentes de la Investigación	22
2.2 Bases Teóricas.....	32
2.3 Definiciones Conceptuales	42
2.4 Sistema de Hipótesis	42
2.5 Sistema de Variables	43
2.6 Operacionalización de Variables (dimensiones e indicadores).....	43

CAPITULO III	44
3. MARCO METODOLÓGICO	44
3.1 Tipo de investigación	44
3.2 Enfoque	44
3.3 Nivel de investigación	44
3.4 Diseño	45
3.5 Población y muestra	45
3.5.1 Población	45
3.5.2 Muestra	46
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
CAPITULO IV	49
4. Resultados	49
CAPITULO V	64
5. Discusión	64
CAPITULO VI	65
6. Conclusiones y Recomendaciones	65
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	68
CAPITULO VII	69
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	74

RESUMEN

El presente estudio “Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan – Huánuco 2018”. **Objetivo.** Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018

Resultados. Edades de la población en estudio, el grupo que mayor prevaleció fueron las de las edades de entre 25 a 39 años con el 36%, estado civil conviviente con el 54%, escolaridad se obtuvo que el 47%, tenía el nivel de escolaridad secundario, ocupación de la población estudiada tenemos: que las amas de casa alcanzaron un 71%, procedencia de la zona urbana con el 51%, atención pre natal recibida el 90% si recibieron atención pre natal, paridad, el 51% fueron multíparas, tipo de parto, que el 46% terminó en una cesárea, referente a los factores de riesgo durante el embarazo, en los resultados obtenidos se pueden evidenciar los siguientes: En primer lugar la ITU con el 21%, seguida de las hemorragias de la primera mitad del embarazo con el 19%, luego la anemia con el 13%, factores de riesgo durante el parto, mientras que la RPM se dio en el 7%, otros factores un 6%, factores de riesgo durante el periodo de dilatación RPM el 5%, otros factores el 4% hipo actividad uterina el 2%, factores de riesgo durante el periodo expulsivo el 6% el expulsivo prolongado, factores de riesgo durante el periodo de alumbramiento, atonía uterina con el 3%, factores de riesgo durante el puerperio fueron: Retención de restos placentarios el 11%.

Palabras claves: Factores de riesgo, complicaciones obstétricas

SUMMARY

The present study “Risk factors associated with obstetric complications during pregnancy, childbirth and puerperium in patients of the Regional Hospital Hermilio Valdizan - Huánuco 2018”. Objective. Determine the risk factors associated with obstetric complications during pregnancy, childbirth and the puerperium at the Hermilio Valdizan Medrano Hospital - Huánuco 2018

Results Ages of the study population, the group that prevailed the most were those between the ages of 25 and 39 with 36, marital status with 54%, schooling was obtained that 47%, had the level of secondary schooling, occupation of the studied population we have: that housewives reached 71%, origin of the urban area with 51%, prenatal care received 90% if they received pre natal care, parity, 51% were multiparous, type of childbirth, which 46% ended in a caesarean section, referring to complications during pregnancy, the results obtained can show the following: First, the ITU with 21%, followed by hemorrhages of the first half of pregnancy with 19%, then anemia with 13%, complication during childbirth, while RPM occurred in 7%, other complications 6%, complications during the period of dilatation RPM 5%, other complications 4% 2% uterine hypo activity, compl During the expulsion period, 6% prolonged expulsion, complications during the period of birth, uterine atony with 3%, complications during the puerperium were: Retention of placental remains 11%.

Keywords: Risk factors, obstetric complications

INTRODUCCIÓN

Algunas mujeres tienen problemas de salud durante el embarazo. Estas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos. Incluso las mujeres que estaban sanas antes del embarazo pueden tener complicaciones. Estas complicaciones hacen del embarazo un embarazo de alto riesgo

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan.

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.⁽¹⁾

La evolución favorable del embarazo requiere de una adaptación del organismo materno, las modificaciones fisiológicas que de una u otra forma pueden contribuir a que se presenten ciertas complicaciones, las cuales se quiere conocer. En la actualidad, la concepción se debe considerar de alta prioridad en

las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva.

(2)

“La muerte materna ha sido durante mucho tiempo el punto de partida para investigar la calidad de la salud materna”. A nivel mundial al menos 300 millones de mujeres al año padecen alguna enfermedad relacionada con el embarazo, parto o puerperio, estimándose una prevalencia que va entre 0.04 y 10.61 por ciento. Los términos como enfermedades que ponen en peligro la vida, morbilidad materna extrema, morbilidad materna grave han causado confusión, hasta que un Comité de expertos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) concertó el uso del término Morbilidad Materna Extrema para referirse a las gestantes quienes presentaron complicaciones que amenazaron su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha implementado la Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema como estrategia para reducir la mortalidad materna.(3)

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

Cuando hablamos de las complicaciones obstétricas, durante el embarazo, parto y el puerperio, en primer lugar debemos de orientarnos sobre las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Por su parte, defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (4)

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención de salud adecuada. Esto es especialmente en ciertas regiones con pocos profesionales de la salud calificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un personal calificado.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales de salud capacitados y reciben atención posnatal.

En el 2015, solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

- La pobreza;
- La distancia;
- La falta de información;
- La inexistencia de servicios adecuados;
- Las prácticas culturales.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.(5)

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, durante estos procesos se pueden presentar complicaciones que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido. (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que cada año unos 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones agudas del embarazo, y al menos 18 millones de ellas sufrirán a largo plazo secuelas a menudo discapacidades. La mayor presencia de complicaciones del embarazo y parto se encuentra en los países en vías de desarrollo. Dentro de las principales complicaciones obstétricas descritas se encuentran las

hemorragias, las infecciones y las enfermedades de hipertensión durante el embarazo. (4-6). En edades extremas de la vida el embarazo es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres de 35 años y más, trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 19 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida. (7)

Se define como edad fértil, según el Ministerio de Salud del Perú a las comprendidas entre 12 y 49 años, estableciendo como edad óptima reproductiva las edades entre 15 y 34 años. (8)

Hace tan solo 2 décadas, si una mujer quedaba embarazada a los 30 años, se consideraba un embarazo de riesgo debido a la "avanzada edad", actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera madres añosas a partir de 35 e incluso de 38 años. (9)

Entre las complicaciones más frecuentes en este grupo etario están la descompensación de la hipertensión arterial crónica con el consiguiente daño para el feto, la preeclampsia añadida o no a la hipertensión, que en algunos casos puede ser agravada con riesgo, en este caso para la vida de la mujer, la diabetes gestacional, el crecimiento intrauterino retardado (CIUR), el parto pretérmino y el aborto. (10)

La incidencia de la hipertensión se incrementa con la edad de la gestante, especialmente después de los 40 años. Por lo tanto, las mujeres mayores 35 años tienen más probabilidad de entrar al embarazo con hipertensión preexistente. La hipertensión leve, moderada y crónica por lo general tiene

un impacto limitado en el bienestar materno durante el embarazo, aunque se asocia con mortalidad perinatal significativa como consecuencia de la restricción del crecimiento fetal y el desprendimiento de la placenta. La enfermedad hipertensiva severa de larga duración puede llevar a la morbilidad materna significativa. Sin duda, el mayor peligro de la hipertensión crónica en el embarazo es el desarrollo de preeclampsia superpuesta. (11)

1.1 Descripción del problema

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal; durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o señales que pueden servir de alarma para identificar alguna anormalidad en el transcurso del mismo. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar los signos y síntomas de alarma de aquellas patologías que constituyen una complicación obstétrica que la obliguen a concurrir oportunamente al servicio obstétrico

A largo de todos éstos años ha existido, y aún persiste, un problema de salud pública que afecta, no solo al Perú, sino también al mundo entero, que es la mortalidad materna. Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho ODM adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón

de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes. Sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5%. Para alcanzar el ODM 5 hay que acelerar los progresos.(12)

En el Perú se estimó que la MM (mortalidad materna) disminuyó en un 64.9% entre los periodos de 1990 -1996 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas , el quinto ODM, se relaciona a la salud materna, que es la reducción de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, para ello el Perú debe alcanzar para el presente año una tasa de 66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. De acuerdo con la encuesta demográfica y de salud ENDES 2011 ello significaría una reducción adicional de 29%. (13)

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención

especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.

La segunda causa más frecuente de muerte materna, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por profesionales obstetras calificados. El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal o su cabeza es demasiado grande para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea.

En 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de profesionales obstetras cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica. La cobertura de la asistencia prenatal

también es variable. En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan sola del 12%.

Son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.(14)

1.2 Formulación del Problema

Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores de riesgo clínicos en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?

¿Cuáles son los factores de riesgo sociales en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?

¿Cuál es la prevalencia de las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?

¿Cuál es la razón de mortalidad materna de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?

1.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018

1.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar cuáles son los factores de riesgo clínicos en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018
- ✓ Establecer cuáles son los factores de riesgo sociales en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018
- ✓ Determinar cuál es la prevalencia de las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018

- ✓ Establecer cuál es la razón de mortalidad materna de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018.

1.3 Trascendencia de la investigación/Justificación de la investigación

El presente es un estudio que está diseñado para servir como fuente de información a futuras generaciones en el campo de la formación profesional, además de favorecer al mayor conocimiento de la sociedad; al finalizar este trabajo, se beneficiará nuestro hospital (servirá como fuente de información y referencia) y la población femenina en edad fértil (Madres en potencia), ya que existirá un mayor conocimiento por parte de los profesionales tratantes, de la patología enfocada en la población en estudio. Además, se pueden plantear estrategias de intervención que optimicen y modifiquen estas cifras tan alarmantes.

1.4 Limitaciones de la investigación

Con la finalidad de que dicho sustento científico tenga mayor severidad se puede aseverar que en el desarrollo del proyecto de investigación se tuvieron en cuenta las siguientes limitaciones.

- Dificultad para hallar antecedentes locales de este tipo de investigación
- Poca investigación sobre cómo lleva la red de salud capacitaciones sobre temas relacionados a este tipo trabajos.

- Limitada información sobre capacitaciones en estas áreas.

1.5 Viabilidad de la investigación

Es viable por los siguientes aspectos que contribuyen al desarrollo del trabajo.

- Se cuenta con recursos económicos necesarios para realizar dicha investigación.
- Se cuenta con material bibliográfico.
- Se cuenta con tecnología para tabular los datos de la metodología de estudio.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan.

El embarazo es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el endometrio de la mujer.

El parto natural se define según la organización mundial de la salud (OMS 1996) como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento.

Puerperio hace referencia al periodo que comprende desde el final del parto hasta la primera menstruación, tiene una duración variable de aproximadamente 40 días.

Complicación es el fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella. La OMS en el 2008, estimó que 358 000 mujeres no solo murieron a causa de embarazo sino también de complicaciones relacionadas con el parto y puerperio, el 60% de muertes maternas ocurrieron en el post parto, el 45% de las defunciones maternas puerperales se producen dentro de 1 día de la entrega, más del

65% dentro de 1 semana, y más del 80% en 2 semanas. Complicaciones que agravan generalmente el pronóstico. (15)

2.1 Antecedentes de la Investigación

- **Hailu D. y Berhe H.** En el año 2013 tuvieron como objetivo de estudio evaluar el estado de conocimiento de los signos de peligro durante el embarazo y el parto en las madres, en el estado regional de Tigray, Etiopía. Fue un estudio transversal basado en la comunidad se llevó a cabo desde 20 noviembre 2012 a 30 junio 2013 en una muestra seleccionada al azar de 485 mujeres que habían tenido al menos un parto en los últimos dos años. Cuando se pidió a las participantes que mencionen los signos de peligro durante el embarazo, los más frecuentes fueron sangrado vaginal por 238 (49,1%), hinchazón de las piernas o la cara por 202 (41,6%), y la ausencia de movimientos fetales por 159 (32,8%). De las encuestadas 285 (58.8%) mencionaron al menos dos signos de peligro durante el embarazo y 170 (35.1%) no sabía cualquier signo de peligro durante el embarazo. Como conclusión el sangrado vaginal era la señal de peligro más comúnmente mencionada durante el embarazo (49,1%) y el parto (52,8%). El nivel educativo de la madre se asoció (22%) independientemente con el conocimiento acerca de las señales de peligro durante el embarazo y el parto (16)

Guadalupe Ramírez Rojasa y Graciela Freyermuth Enciso Emergencias obstétricas en México: Mayo, 2013 La razón de mortalidad materna (RMM) es considerada, a nivel internacional, como un indicador del grado de desarrollo social, además de reflejar el nivel de injusticia e inequidad al interior de la sociedad. Actualmente, 99% de las muertes maternas a nivel

mundial ocurre en países en desarrollo y la mayoría es evitable. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se calcula que anualmente a nivel mundial de 15 a 20% de los embarazos puede complicarse aún sin causa aparente, favoreciendo una emergencia obstétrica (EO).

La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata. Las EO son resultado, principalmente, de las siguientes cinco causas: hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo, parto o después del parto, trastornos hipertensivos (incremento de la tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg),⁴ infecciones (que se manifiestan por altas temperaturas), parto obstruido o parto prolongado (porque el bebé no puede pasar por la pelvis) y aborto, que se manifiesta por sangrado en el primer trimestre del embarazo.(17)

En el caso de México, durante 2011 se registraron 971 muertes maternas, lo que representa una RMMc de 50.7; cifras disponibles de 2010 registran 20% de EO atendidas en hospitales. En áreas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias. Actualmente resulta claro que una EO amerita atención inmediata, aunque el significado del concepto de EO no ha sido una tarea fácil, en virtud de que la connotación de *emergencia* para la población no necesariamente se refiere a una situación de urgencia acorde con los criterios médicos. Lo anterior es conocido como “urgencia sentida” (la urgencia que es percibida por la usuaria). Esto permite distinguir entre las necesidades de la población (necesidades sentidas) y las necesidades que son percibidas por el Sector Salud, priorizándose estas necesidades a partir

del perfil epidemiológico de la población y de los recursos humanos y materiales con los que se cuente. En otras palabras, aquellas enfermedades que ocurren con mayor frecuencia son las que se visibilizan como acciones prioritarias: obesidad en la población adulta e infantil, enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) o aquellas enfermedades que conllevan secuelas sociales que derivan en la destrucción del núcleo familiar, como es el caso del cáncer y del VIH-SIDA (aunque en este rubro se incluye la mortalidad materna, no se le dimensiona como una problemática social de grandes consecuencias, en comparación con las anteriores). Es así como el Sistema Nacional de Salud evalúa las necesidades de salud de la población (o lo que considera que sean, ya que no existe consenso acerca de las prioridades en salud de ambas partes: población y Sector Salud, como se hace en los diagnósticos de salud comunitarios a nivel local, aunque esta metodología no sea empleada a niveles mayores) y, con ello, proveer de intervenciones otorgadas por los servicios de salud (por ejemplo: las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud -CAUSES- para la atención de la salud de las y los afiliados al Seguro Popular -SP-). Acerca de la atención inmediata a una emergencia médica en cualquier establecimiento de salud, no resulta nuevo el tema de la obligatoriedad que tienen tanto las instituciones como los prestadores de servicios en salud. La Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señalan que los establecimientos que brinden servicios de atención médica están obligados a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales, para que pueda

ser transferido a otra unidad médica con el fin de preservar la vida y la integridad física de las personas, sin restricciones de ningún tipo. Un estudio realizado en la Ciudad de México da cuenta del multirechazo al que se ven expuestas las mujeres en trabajo de parto.(18)

Martínez Nuñez Victoria Lisbeth, Eunice de Paz Morataya Cristina

“factores clínicos y epidemiológicos asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio” Cuilapa mayo – junio 2013 cuyo

OBJETIVO: Analizar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes que ingresaron a las Unidades de Terapia Intensiva. POBLACIÓN

Y MÉTODOS: Estudio observacional tipo analítico que incluyó 35 pacientes que fueron atendidas en las Unidades de Terapia Intensiva del Hospital Regional de Cuilapa y Hospital de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-. RESULTADOS: Los datos representan el 4.5%

del total de pacientes admitidos. Con una significancia estadística entre hipertensión arterial ($p= 0.0069$) y eclampsia; entre hipertensión arterial ($p= 0.0001$), hemorragia ($p= 0.0001$) y shock hemorrágico obstétrico; entre sepsis ($p= 0.0286$) y shock séptico. Significancia estadística entre la paridad ($p= 0.0005$), no haber llevado control prenatal ($p= 0.0228$) con Eclampsia; entre

muerte materna ($p= 0.0353$) y shock cardiogénico. Se determinó que el principal factor clínico de pacientes con complicaciones obstétricas fue la hipertensión arterial. De los factores epidemiológicos de pacientes con

complicaciones obstétricas, 37.14% llevó control prenatal en instituciones de primer nivel, y 14.29% 3er nivel de salud. La prevalencia de las complicaciones obstétricas se dio por Eclampsia (28.57%). Por cada

100,000 nacidos vivos mueren 71 pacientes por complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva. **CONCLUSIONES:** Se rechazan las hipótesis nulas. Existe asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas, con una significancia estadística entre hipertensión arterial, no llevar control prenatal. **CONCLUSIONES** Los factores clínicos asociados de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio que ingresaron a las Unidades de Terapia Intensiva, fueron hipertensión arterial con una significancia estadística para Eclampsia; hemorragia para shock hemorrágico obstétrico y que una paciente fallezca está asociado a shock cardiogénico.

Los factores epidemiológicos asociados de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio que ingresaron a las Unidades de Terapia Intensiva, fueron ser primigesta y no haber llevado control prenatal.

La prevalencia de las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las pacientes que ingresaron a las Unidades de Terapia Intensiva se dio por Eclampsia seguido por Preeclampsia y Shock Hemorrágico Obstétrico.

La razón de mortalidad materna de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio que ingresaron a las Unidades de Terapia Intensiva estimó que por cada 100,000 nacidos vivos mueren 71 pacientes por complicaciones obstétricas. (19)

SILVA CONTRERAS VANNA: factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del hospital I Edmundo Escomel

ESSALUD AREQUIPA 2016 – PERÚ 2016 CONCLUSIONES PRIMERA.-

En el Hospital I Edmundo Escomel – EsSalud, la mayor ocurrencia de abortos en la atención de la emergencia obstétrica, corresponde al de aborto incompleto, casos que al ser analizados no se logran determinar la existencia de factores asociados significativos para su ocurrencia, se han presentado en mujeres cuyo entorno demográfico, social y obstétrico se encuentran dentro de los parámetros de normalidad e idealidad de la mujer y que, probablemente han sido condicionados por la falta de interés en el cuidado de su propia salud sexual y reproductiva. SEGUNDA.- Dentro de los factores

demográficos estudiados expresamos que, el mayor porcentaje de casos de aborto pertenecen a mujeres con edad comprendida entre 35 y 39 años; situación alarmante que orienta a conceptualizar que a pesar de su madurez cronológica, carece de la decisión personal del propio cuidado de su salud.

TERCERA.- Respecto a los factores sociales analizados se concluye que el grado de instrucción superior, el estado civil casada y ocupación empleada se encuentran dentro de los ideales de bienestar, satisfacción e independencia de la mujer; sin embargo, a pesar de ello no es concluyente para que esta tome la decisión de cuidar y proteger su salud aunque ello signifique atentar contra la integridad y el bienestar de su propia salud.

CUARTA.- La mujer asegurada carece de la decisión de adoptar medidas de cuidado y protección para prevenir embarazos no deseados o no programados; pues la mayor ocurrencia de eventos como el aborto se da en las mujeres que no han tenido una gestación previa, no utiliza métodos de regulación de su fecundidad, ni tiene la iniciativa en la búsqueda de una

atención inicial que garantice el propio cuidado y bienestar de su salud y del niño por nacer.(20)

Altamirano Girano Paula Angélica: factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el hospital MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL 2009 LIMA – PERÚ 2012. El Objetivo: Determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009.

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron apareados por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%.

Resultados: La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$).

Conclusiones: Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%. El perfil de las pacientes estudiadas tenían entre 19 – 34 años y el 63,8% fueron referidas de un centro o puesto de salud, la mayoría era conviviente, con secundaria completa y con adecuado control prenatal. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%

La mayoría de los pacientes eran multigestas, con edad gestacional a término, sin antecedente de cesárea ni aborto y con un periodo intergenésico adecuado.

La frecuencia de factores de alto riesgo durante el embarazo e intraparto fue de 96,1% y 84,6% respectivamente. En los primeros predominaron las primigestas, periodo intergenésico largo, ITU, talla baja, añosa, anemia. En el segundo, episiotomía, RPM, oxito- conducción, parto precipitado, parto prolongado, macrosomía, etc.

Los dos factores de alto riesgo intraparto identificados luego de realizar la regresión logística son la episiotomía con un riesgo de 2,298 veces de hacer una HPP en comparación a las que no presentaron el factor. Mientras que otra paciente que presentó el factor de parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP.

Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. Se realizaron en la mayoría de los casos manejo no farmacológico. No se presentó ninguna histerectomía, ni muerte materna por hemorragia postparto en el periodo de estudio. En 100% de las pacientes se cumplió el manejo activo del tercer periodo del parto. (21)

Gomez Silva Yessica: "Nivel de conocimientos sobre las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto, postparto y trastornos hipertensivos del embarazo en internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal enero - junio 2015" Lima – Perú 2015: Introducción: La mortalidad materna sigue siendo un problema mundial durante el embarazo, parto y postparto, ante esto se requiere una formación profesional para el manejo de las principales emergencias obstétricas.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre Hemorragia durante el Parto-Postparto y Trastornos Hipertensivos del Embarazo en Internos de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal enero-junio 2015.

Diseño: El estudio es observacional, descriptivo y prospectivo de corte transversal. Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal.

Participantes: Se estudió a 62 Internos de Obstetricia que se encuentran realizando sus prácticas clínicas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015.

Intervenciones: Dado el tamaño de la población de internos de obstetricia se realizó una muestra censal. Para medir las variables de estudio se utilizó como instrumento un cuestionario con el cual fue evaluado cada interno de obstetricia. Para describir las variables cuantitativas se utilizó medidas de

tendencia central y dispersión mientras que las variables cualitativas fueron expresadas con frecuencias absolutas y relativas.

Principales Medidas: Se describió y determinó el nivel de conocimiento frente a las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto-postparto y trastornos hipertensivos del embarazo.

Resultados: Los internos de obstetricia resultaron principalmente con un nivel medio en el conocimiento del diagnóstico (59,7%), manejo (69,4%) y medidas preventivas(54,8%) para la hemorragia durante el parto-postparto.

De forma similar fueron los resultados del conocimiento en el diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos en el embarazo, donde se observó niveles medios de conocimiento en el 54,8 % y 66,1% respectivamente, sin embargo el 58,1% de los internos obtuvieron niveles altos de conocimiento para las medidas preventivas de los trastornos hipertensivos en el embarazo,

Conclusiones: Los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal resultaron principalmente con niveles medios de conocimiento sobre la hemorragia durante el parto-postparto y los trastornos hipertensivos del embarazo.

CONCLUSIONES El nivel de conocimiento global de los internos de obstetricia acerca de la Hemorragia durante el parto-postparto y trastornos hipertensivos del embarazo fue medio (80%).

En lo que respecta a hemorragia durante el parto-postparto la mayoría de los internos de obstetricia obtuvo un nivel medio en conocimientos sobre el diagnóstico (59.7%) y manejo (69.4%) de la misma.

Más de la mitad de los internos de obstetricia obtuvieron un nivel medio (54.8%) en conocimientos sobre medidas preventivas de la hemorragia durante el parto-postparto.

En lo que respecta a trastornos hipertensivos del embarazo gran parte de los internos de obstetricia evaluados resultaron con nivel medio en el diagnóstico (54.8%) y manejo (66.1%) de la misma. Tétrica, trastorno hipertensivo del embarazo. Se observó que para las medidas preventivas de los trastornos hipertensivos del embarazo más de la mitad de los internos encuestados (58.1%) obtuvieron niveles altos de conocimientos.

Se observó un porcentaje relativamente alto de internos de obstetricia con niveles bajos de conocimientos de diagnóstico de la hemorragia durante el parto-postparto (32,3%) (22)

2.2 Bases Teóricas

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan.

Este manual está destinado a las/los obstetras y los médicos de los hospitales del distrito responsables de prestar atención a las mujeres que presentan complicaciones durante el embarazo, el parto o el período de postparto, el cual incluye los problemas del recién nacido.

Dentro de los principales factores asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio tenemos

Edad: Datos de la edad en años cumplidos. Según la edad fértil de 15-49 años.

Estado Civil: Dato de registros clínicos sobre el tipo de relación que une a la pareja:

Escolaridad: Lo anotado en el registro clínico de los años que ha cursado de estudio.

Atención prenatal: Número de citas de atención gestacional durante el embarazo realizadas:

Paridad: número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

Ocupación: Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.

Tipo de parto: Resolución del embarazo, que puede ser vía (23)

De igual forma debemos señalar dentro de las complicaciones del embarazo parto y puerperio tenemos:

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

ABORTO

AMENAZA DE ABORTO Es la presencia de metrorragia y/o contracciones uterinas antes de las 22 semanas de gestación en la que no se produce la

expulsión del feto ni hay modificaciones uterinas significativas. Se recomienda reposo relativo, abstenerse de relaciones sexuales.

ABORTO EN CURSO Gestantes de menos de 22 semanas con metrorragia y/o contracciones que reúnen alguno de estos signos: - restos placentarios en la vagina o parcialmente retenidos en el cuello uterino - cuello uterino abierto, con el polo inferior del huevo haciendo protusión a través de aquél. - metrorragia intensa.

ABORTO CONSUMADO Es la expulsión del feto sin maniobras que lo faciliten y sin ser inducido. Puede ser: - Completo: se ha expulsado la totalidad del huevo. - Incompleto: quedan restos en la cavidad uterina.

ABORTO RETENIDO Cuando en la gestación no evolutiva se demora la expulsión del producto de la concepción. Si el cuello uterino es favorable, se puede realizar legrado espirativo e instrumental Si el cuello uterino no es favorable, se procede a la maduración cervical y evacuación uterina.

ABORTO SEPTICO Siempre que el aborto, tanto incompleto, diferido, etc., curse con fiebre de 38°C o más y se hayan descartado otras causas, estaremos hablando de aborto séptico. Las causas más frecuente son: - amniorrexis prolongada - gestación concomitante con DIU - aborto provocado, etc.

ABORTO DE REPETICION Cuando se ha producido tres o más abortos seguidos o cinco o más no sucesivos. Las causas de los abortos de repetición pueden ser: - genéticas - infecciosas - malformaciones uterinas - hormonales - incompetencia cervical, etc. (24)

HEMORRAGIAS Es el sangrado que se produce a través de la vagina en cualquier momento del embarazo. En el primer trimestre las causas son: - Aborto - Amenaza de aborto - Embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica. Se acompaña de molestias o dolor más o menos fuerte. En el tercer trimestre, o incluso en el segundo, las causas principales son: - Placenta previa - Desprendimiento prematuro de placenta - Vasa previa.

HIPERTENSION ARTERIAL Hipertensión arterial crónica. Es la hipertensión que la gestante ya tenía previa al embarazo o le aparece en la primera mitad de la gestación (antes de las 20 semanas). Hipertensión gestacional. Es la elevación de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg y que aparece a partir de las 20 semanas de gestación en una mujer sin hipertensión previa, sin edema ni proteinuria y que se normaliza a los diez días tras el parto. Preeclampsia. Se trata de hipertensión gestacional asociado a proteinuria (valores superiores a 300 mg/24h) y en ocasiones a edema patológico (en pies, manos y cara). La gravedad del proceso incrementa considerablemente la morbilidad (crecimiento uterino retardado, prematuridad, desprendimiento prematuro de placenta, etc.) y la mortalidad materna fetal. Codificación de Embarazo, Parto y Puerperio. El pronóstico Técnico Superior Sanitario de Documentación Sanitaria 24 o hipertensión o antecedentes de preeclampsia/ eclampsia o antecedentes de anomalías congénitas o infecciones urinarias de repetición o antecedentes de diabetes gestacional. (25)

ANEMIA EN EMBARAZO Durante el embarazo es muy frecuente sufrir anemia (hemoglobina inferior a 10,5-11 g/dl), aunque raramente se complica. Existen varios tipos de anemia: - anemia ferropénica - anemia

megaloblástica - anemia por esferocitosis - anemia hemolítica autoinmune - anemia hipoaplásica - hemoglobinuria paroxística nocturna.(26)

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Diversas enfermedades infecciosas pueden afectar a la madre durante el embarazo, unas pueden ser graves para el feto y otras ser más leves. SIDA El virus de la inmunodeficiencia adquirida humana es una enfermedad de duración muy variable, consecuencia de la destrucción progresiva de los linfocitos CD4+ Mecanismos de transmisión: - transmisión parenteral 1. drogadicción por vía parenteral 2. transfusión de sangre y hemoderivados . transplante de órganos - transmisión sexual 1. Relaciones homosexuales y heterosexuales - transmisión vertical 1. transplacentaria 2. canal del parto 3. lactancia materna El riesgo de transmisión vertical cuando no hay tratamiento o profilaxis o de cesárea electiva es del 15-25%. Cuando hay tratamiento o profilaxis es de 0-2% Codificación de Embarazo, Parto y Puerperio PORTADORA ESTRETOCOCO B-HEMOLITICO Es común en la gestante ser portador asintomático del streptococcus agalactiae, sobre todo en vagina y recto. Puede producirse transmisión fetal intraparto provocando una sepsis neonatal severa. Para evitarlo se administra tratamiento profiláctico durante el parto.

INFECCIONES TRACTO URINARIO Es una complicación muy común en el embarazo, entre un 3% y 12%. Bacteriuria asintomática Es la colonización persistente del tracto urinario por una bacteriuria. Ocurre en el 5-10% de las embarazos, debe tratarse para evitar la pielonefritis. Cistitis aguda Se caracteriza por polaquiuria, disuria e inflamación pélvica, en ausencia de

fiebre y/o dolor costolumbar. Puede acompañarse de hematuria franca. Pielonefritis aguda Se trata de una inflamación que afecta a todo el tracto urinario. Los síntomas son: escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, polaquiuria, disuria y dolor costo lumbar. (27)

ANOMALIAS Y PROBLEMAS FETALES CRECIMIENTO INTRAUTERINO

RETARDADO Es el proceso que limita el potencial desarrollo del feto. Los factores de riesgo de CIR son: -bajo peso durante la gestación -antecedentes de CIR -tabaco, alcohol o drogas -patología materna: HTA, diabetes, enfermedad renal, etc. -patología obstétrica: preeclampsia, gestación múltiple... -edad materna: adolescente o añosas. (28)

ROTURA DE MEMBRANAS Las membranas ovulares son la barrera que separa el medio interno estéril del ambiente externo. El líquido permite el desarrollo musculo esquelético del feto, que el cordón flote sin compresiones y sirve de amortiguación frente a traumatismos externos. La rotura de membranas puede ser: -ruptura prematura de membranas (RPM): rotura del saco gestacional al menos 1 hora antes del inicio del trabajo de parto. -ruptura prematura de membranas pretérmino: ocurre antes de la semana 37 y en cualquier momento antes del inicio de parto. Técnico Superior Sanitario de Documentación Sanitaria 26 -ruptura precoz de membranas: ruptura espontánea con inicio de la actividad en la siguiente hora -ruptura prolongada de membranas: ruptura de membranas 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto -ruptura artificial de membranas: es el procedimiento instrumental para la ruptura de las membranas. (29)

PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO Es la aparición de dinámica uterina con o sin rotura prematura de membranas, se produce entre la semana 20 y 37 (criterio según la OMS) .Los factores de riesgo son: - gestación múltiple - antecedentes de parto pretérmino - hidramnios - anomalía uterina, etc. (30)

COMPLICACIONES DEL PARTO

PARTO NORMAL O EUTOCICO Es el que termina con la expulsión espontánea de un feto y sus anexos por vía vaginal. La CIE recoge las siguientes condiciones: -embarazo a término -presentación cefálica u occipital -recién nacido único y vivo -sin complicaciones (o resueltas) - anteparto, durante el parto y postparto -asistido manualmente

PARTO DISTOCICO DISTOCIA MATERNA -disfunción uterina: cuando no se producen contracciones o son irregulares (hipotonía, hipertonía, inercia...) -distocia pélvica: existe una disminución del tamaño de la pelvis materna, tanto ósea como de las partes blandas.

DISTOCIA FETAL -situación fetal: Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno. Se distinguen tres situaciones: longitudinal (la más frecuente), transversal y oblicua. Codificación de Embarazo, Parto y Puerperio 27 -presentación fetal: Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica, de nalgas (nalgas puras, completas o incompletas) y presentación de hombros. -Desproporción fetal: existen fetos macrosómicos, hidrocefalias, etc. que impiden que el

parto sea normal. -Placenta previa: la placenta está implantada en el segmento inferior uterino. Puede ser: marginal, parcial o total.

PARTO PROLONGADO La duración del parto puede variar, dependiendo de la paridad de la gestante, la dinámica uterina, la anestesia, etc. Las fases del trabajo de parto son: - Fase de dilatación: La dilatación se produce a través de las contracciones. El útero se contrae y el cérvix se borra. Se abre un orificio de salida para el bebé en el cuello del útero. Se dilatará hasta llegar a los 10 cms. aproximadamente que será cuando el bebé ya podrá asomar la cabeza y salir en el expulsivo. Es imposible predecir el tiempo en que se conseguirá la dilatación suficiente. Esta fase es la más larga y costosa. Se diferencian dos etapas: - dilatación latente - dilatación activa - el expulsivo: Cuando el útero ha dilatado lo suficiente para que la cabeza del bebé pueda pasar termina la fase de dilatación y empieza el expulsivo. El expulsivo suele durar entre media hora y una hora, en mujeres multíparas el expulsivo es mucho más corto. - el alumbramiento: es la expulsión de la placenta y las membranas del saco amniótico. Tiene una duración de entre 4-8 minutos a 45-60 minutos.

TRAUMATISMOS DEL PERINE Y VULVA DURANTE EL EXPULSIVO Se trata de cualquier daño que sucede en los órganos genitales femeninos durante el parto, ya sea causado espontáneamente o por la episiotomía. (31)

COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

HEMORRAGIA POSTPARTO Es la pérdida excesiva de sangre que se produce después del parto. Está ligado a una morbilidad importante como el

shock hipovolémico, anemia grave, insuficiencia renal, etc. Tiene una incidencia de entre el 1-5% de los partos. Las causas de la hemorragia: - trabajo de parto prolongado. -Desgarros perineales

-Hematomas pélvicos - Causas maternas: preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, púrpura trombocitopénica idiopática... -Atonía uterina: tras la expulsión de la placenta el útero no se contrae -Placenta retenida: no es posible la expulsión de la misma por lo que el útero no puede contraerse -Cotiledón retenido: es la retención de una parte de la placenta

INFECCION PUERPERAL GRAVE Es la aparición en el puerperio de una infección del aparato genital que se acompaña de fiebre, temperatura superior a 38°, después de 24 horas del parto, durante al menos dos veces, no separadas entre sí más de 24 horas. Puede ir acompañada de taquicardia, sudoración y oliguria. La frecuencia de puerperios febriles varía del 1-8%. La mortalidad por infección puerperal es mínima y está condicionada por el estado previo del paciente y la precocidad del tratamiento. La infección puerperal se produce fundamentalmente por acceso de gérmenes a través de la vagina. La infección del endometrio (endometritis) es casi siempre la lesión inicial. Durante el parto es habitual la invasión microbiana del canal genital. Sin embargo, la infección no es muy frecuente porque numerosos factores estimulan las reacciones locales de defensa: - exudación de la herida placentaria - barrera leucocitaria que se forma en el endometrio - resistencia tisular La Endometritis es una inflamación del endometrio. Es la infección puerperal más común. Los síntomas surgen del 2º al 5º día del puerperio. Aparece más frecuentemente

en mujeres a las que se practica cesárea. Factores de riesgo: - cesárea - RPM - exploraciones vaginales repetidas - anemia materna - traumatismo obstétrico en cuello - trabajo de parto prolongado Signos y síntomas: - Aparición a las 24-48 horas tras el alumbramiento. - Dolor y tumefacción del útero. Codificación de Embarazo, Parto y Puerperio 29 - Olor pútrido o loquios purulentos. - Malestar, fatiga y taquicardia. - Aumento de la temperatura. - Fiebre de 38-39°C - Escalofríos

MASTITIS Y CONGESTION DE MAMAS. La mastitis es la infección de las mamas que se presenta dos o tres semanas después del parto, aunque también puede presentarse a partir de la primera semana. Los factores que influyen son: - Éxtasis lácteo. - Traumatismo en el pezón. - Técnica equivocada para amamantar. La paciente se queja de dolor o sensibilidad en una masa dura, localizada y enrojecida casi siempre en un solo seno. La infección va acompañada de fiebre, escalofríos y malestar general, y si no se trata adecuadamente puede dar lugar a un absceso. En muchos casos la madre puede seguir dando lactancia por ambos lados, porque la succión vigorosa del niño puede vaciar con mayor eficacia los senos, mejor que las bombas de leche. Signos y síntomas: - fiebre de 39-40°C - dolor en la mama, indurada y dolorosa - linfangitis mamaria La congestión mamaria se produce cuando se produce excesivamente leche en las primeras semanas de la lactancia.

COMPLICACION DE LA HERIDA POR CIRUGIA OBSTETRICA La infección de la episiotomía tiene una incidencia de entre el 0,5-3% de los casos. Se produce una induración y eritema alrededor de la herida, puede

aparecer fiebre, sensibilidad de la zona, posibilidad de dehiscencia parcial.

Factores de riesgo: - episiotomía prolongadas - partos instrumentados o traumáticos - asepsia insuficiente en la sutura, etc. También se puede dar el caso de dehiscencia de la herida de cesárea y de las heridas perineales.(32)

2.3 Definiciones Conceptuales

FACTOR DE RIESGO: circunstancia o situación de naturaleza ambiental, orgánica, psicológica o social que aumenta la probabilidad de enfermar una mujer durante el periodo del puerperio.

COMPLICACIÓN: fenómeno que sobreviene en el curso de la evolución del periodo de puerperio, distinto a las manifestaciones habituales de éste y consecuencia de las lesiones o alteraciones presentadas en la mujer antes de la gestación, durante la gestación trabajo de parto y parto. Las complicaciones agravan generalmente el pronóstico.

SIGNO DE ALARMA: evento o situación de salud que evidencia la probabilidad o certeza de estar ocurriendo un proceso patológico en la púérpera que puede conducir a complicaciones que le compromete la salud y la vida.(33)

2.4 Sistema de Hipótesis

Ha.- Los principales factores de riesgo asociados a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son los factores socio culturales y económicos

Ho.- Los principales factores de riesgo asociados a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio NO son los factores socios culturales y económicos

2.5 Sistema de Variables

-Variable dependiente

Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo parto y puerperio

-Variable Independiente

Pacientes Obstétricas

2.6 Operacionalización de Variables (dimensiones e indicadores)

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Factores de riesgo.	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión" (OMS, 2002, párr. 1)	Son las características que pueden conllevar a diversas complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio: Edad, peso, escolaridad, ocupación, etc.	Sociodemográficos Antecedentes Patológicos Antecedentes Ginecobstétricos	Edad. Lugar de procedencia. Grado de Instrucción. Tipo de enfermedad. Paridad. Antecedentes de aborto. Edad Gestacional. Enfermedades Ginecobstetricias. Tipo de embarazo. Número de cesárea. Según antecedentes. Según indicaciones obstétricas del paciente: Maternas, Fetales, Mixtas.	Nominal
Complicaciones en pacientes	"Es la presencia de un estado no deseado y/ o inesperado en la evolución prevista" (Bustos, 2016, p. 9).	Son patologías como: abortos, enfermedades hipertensivas del embarazo, atonías uterinas, hemorragias, hematomas, RPM, histerectomías y otros; producidas como consecuencia de un determinado factor o procedimiento	Complicaciones postoperatorias inmediatas	Tipo de Complicación.	Nominal

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

De acuerdo a la intervención que realizó el investigador el estudio es de tipo **observacional**, puesto que solo se van a observar y describir los fenómenos suscitados.

Conforme a la planificación de la medición de la variable de estudio es **retrospectivo**, ya que nuestro estudio concierne al tiempo pasado y la recopilación de los datos lo realiza el investigador a partir de las fuentes secundarias.

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **longitudinal**, debido a que los instrumentos serán aplicados en dos momentos y las variables se medirán más de una sola vez.

Según el número de variables estudiadas es **analítica**, porque el estudio se trabaja con dos variables, buscando relación bivariado.

3.2 Enfoque

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo.

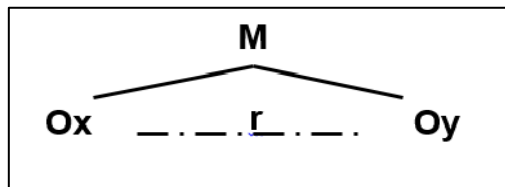
3.3 Nivel de investigación

El nivel de investigación es el nivel III.

3.4 Diseño

No experimental (observacional) Caso-control, descriptivo correlacional, retrospectivo y de corte transversal.

Es un diseño Transeccional Correlacional, que busca la relación entre las variables de estudio.



Dónde:

M = Representa a la muestra en estudio.

Ox = Observación de la variable independiente.

Oy = Observación de la variable dependiente.

r = Representa la relación de variables en estudio

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población

La población estuvo constituida por 1214 pacientes que presentaron complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y que fueron atendidas en el HRHVM de Huánuco durante el 2018.

3.5.2 Muestra

El tamaño de la muestra fue calculada con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = 1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{1214 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(1214 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 971$$

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A. Para recolección de datos y organización de datos

Se aplicó como técnica el análisis documental el cual consiste en un documento que nos va a permitir recolectar la información necesaria a través de: Historias clínicas y libro de registro de atención de partos.

El instrumento manejado fue Ficha de recolección de datos que se elaboró en función de las variables e indicadores y consta de preguntas abiertas y cerradas. La cual consta de las siguientes partes:

- Presentación e introducción: donde anuncia los objetivos, instrucción, datos generales y el contenido propiamente dicho relacionado con las variables de estudio.
- Datos personales.
- Aspectos socio demográficos
- Complicaciones Obstétricas

B. Interpretación de datos y resultados

- Revisión de los datos. Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- Codificación de los datos. Se realizaron la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutará de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentará los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

C. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información, plan de actividades si es experimental.

Análisis descriptivo:

Se manejaron la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

Análisis inferencial:

Se maniobraron estadísticas como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando el Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Para el análisis multivariado se emplearon regresión logística. El análisis se realizó con el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

CAPITULO IV

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN – HUÀNUCO 2018

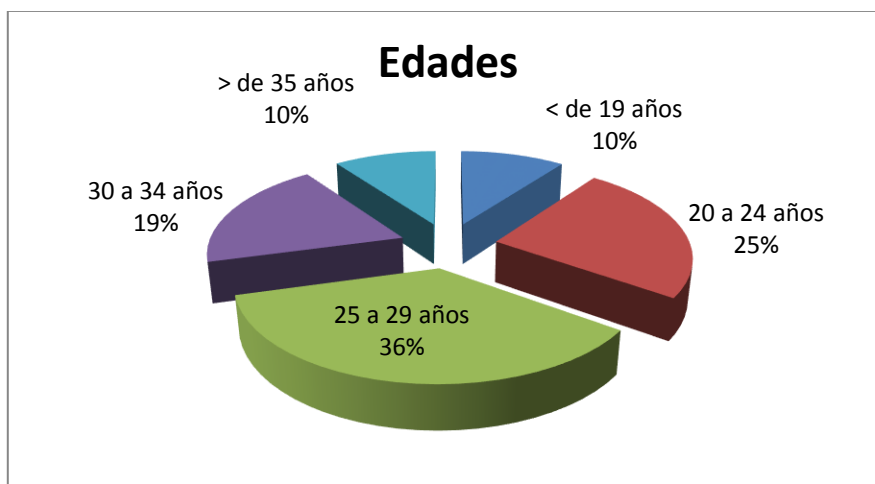
4. Resultados

CARACTERISTICAS GENERALES

Tabla N° 1

EDAD	Nº	%
Menores de 19 años	99	10
20 a 24 años	239	25
25 a 29 años	349	36
30 a 34 años	187	19
Mayores de 35 años	97	10
TOTAL	971	100

Gráfico N° 1

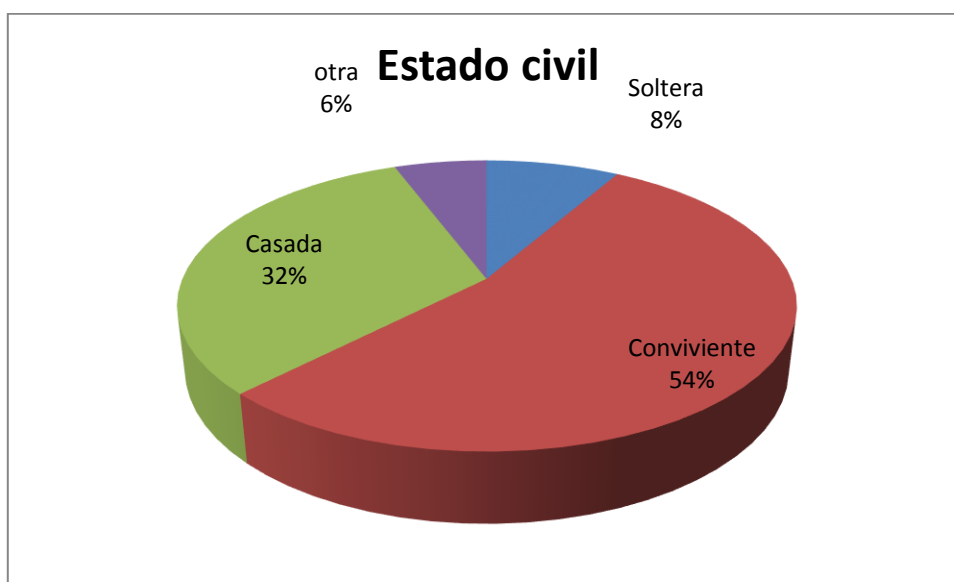


Interpretación.- En los resultados obtenidos, se pueden observar, en relación a las edades de la población en estudio, el grupo que mayor prevaleció fueron las de las edades de entre 25 a 29 años con el 36%, seguidas de aquellas que presentaron edades entre los 20 a 24 años con el 25%.

Tabla N° 2

ESTADO CIVIL:	Nº	%
Soltera	81	08
Conviviente	525	54
Casada	309	32
Otra	56	06
TOTAL	971	100

Gráfico N° 2

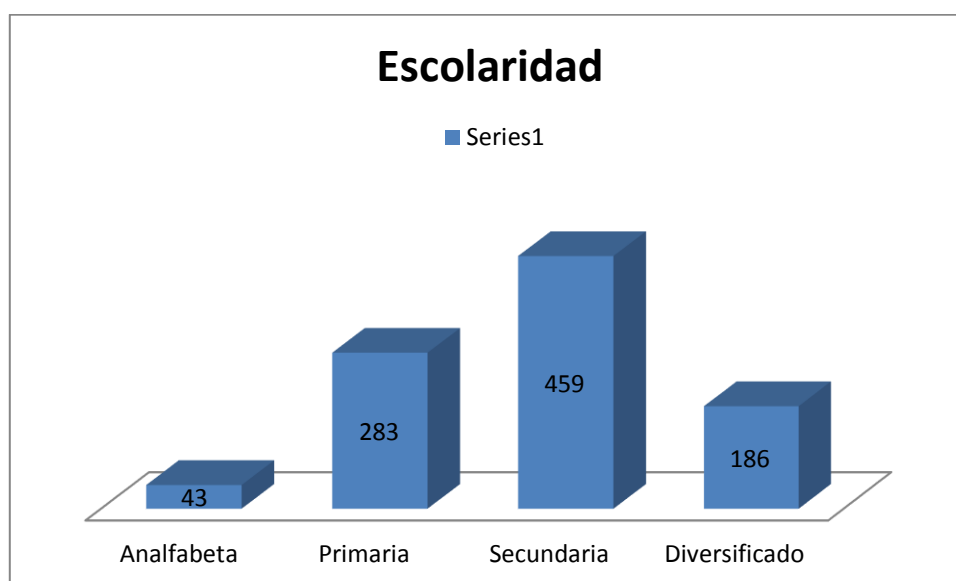


Interpretación.-Respecto al estado civil de la muestra estudiada, se obtuvieron los resultados siguientes: Estado civil conviviente con el 54%, estado civil casado con el 32%, soltero y otra condición civil el 8% y el 6% respectivamente.

Tabla N° 3

ESCOLARIDAD:	Nº	%
Analfabeta	43	05
Primaria	283	29
Secundaria	459	47
Diversificado	186	19
TOTAL	971	100

Gráfico N° 3

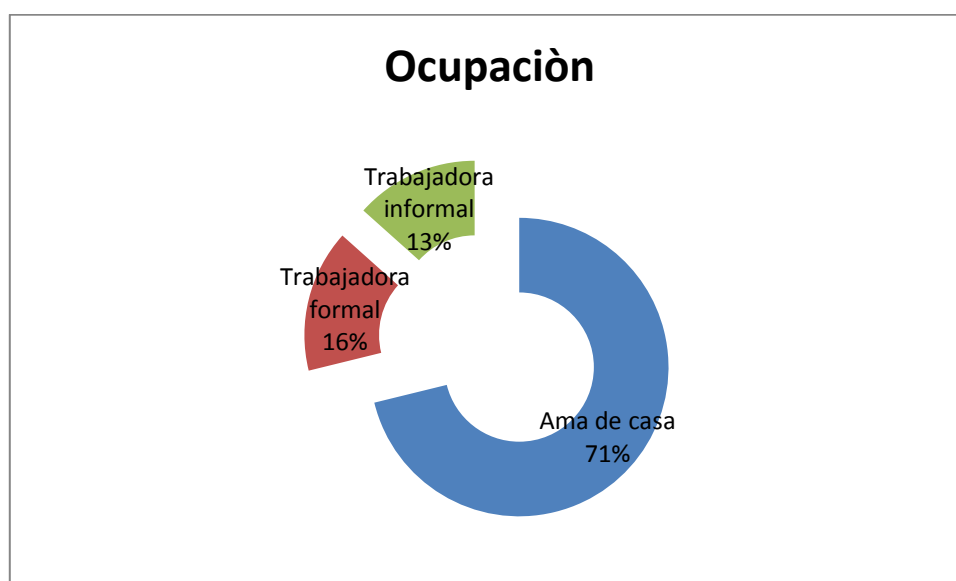


Interpretación.- Referente a la escolaridad se obtuvo que el 47%, tenía el nivel de escolaridad secundario, mientras que un 29% nivel primario, seguidas de las que tenían nivel diversificado con el 19% y finalmente las analfabetas alcanzaron el 5%.

Tabla N° 4

OCUPACIÓN:	Nº	%
Ama de casa	691	71
Trabajadora formal.	150	15
Trabajadora informal	130	13
TOTAL	971	100

Gráfico N° 4

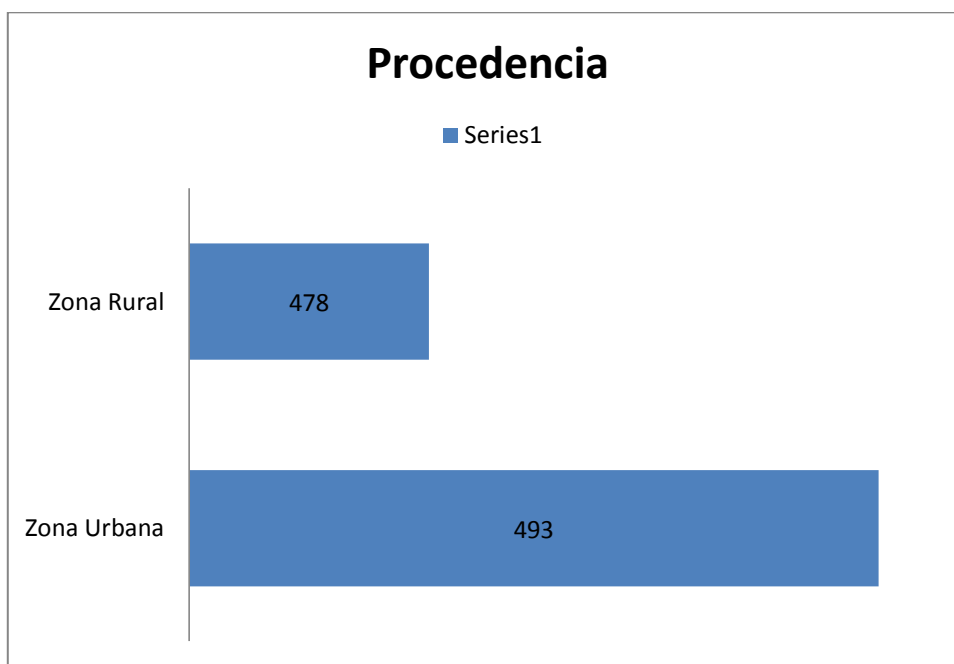


Interpretación.-Cuando observamos el presente resultados, evidenciamos que en relación a la ocupación de la población estudiada tenemos: que las amas de casa alcanzaron un 71%, las trabajadoras formales un 16% y las trabajadoras informales un 13%.

Tabla N° 5

PROCEDENCIA:	Nº	%
Zona Urbana	493	51
Zona Rural	478	49
TOTAL	971	100

Gráfico N° 5

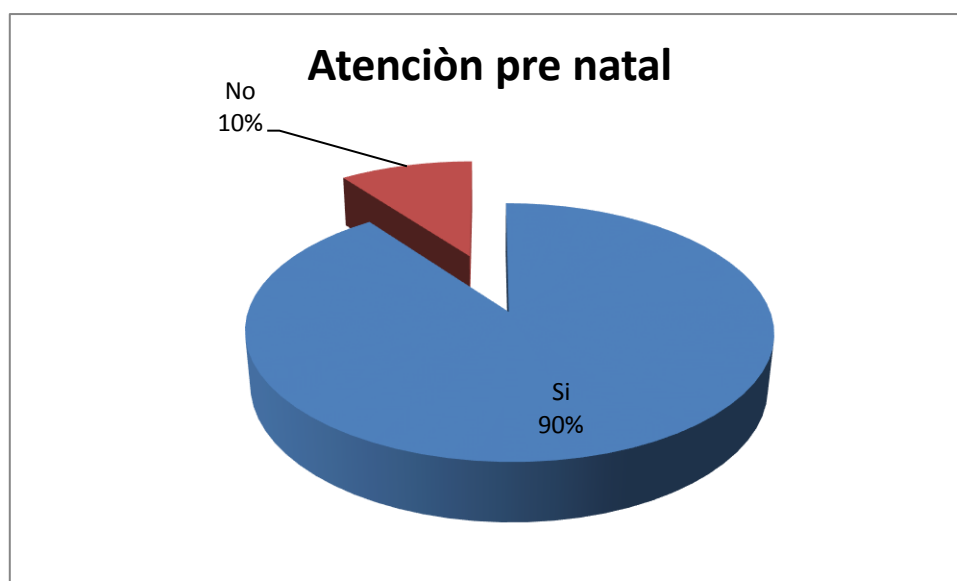


Interpretación.-Referente a la procedencia en los resultados obtenidos evidenciamos que la mayoría fueron de procedencia de la zona urbana con el 51%, mientras las que procedieron de la zona rural fueron el 49%.

Tabla N° 6

ATENCIÓN PRENATAL:	Nº	%
SI	873	90
NO	98	10
TOTAL	971	100

Gráfico N° 6



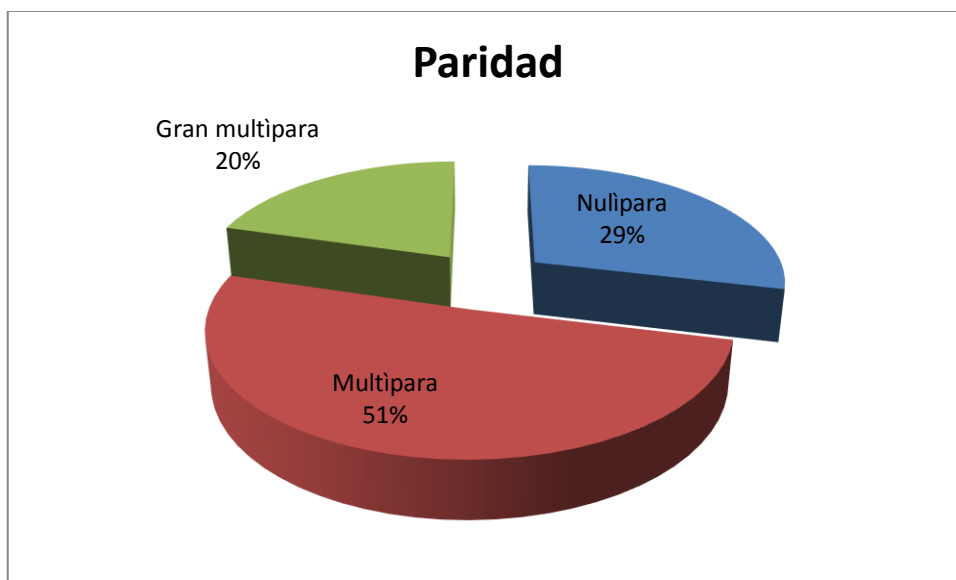
Interpretación.-Se observan en los resultados obtenidos en la presente tabla, que en referencia a la atención pre natal recibida por la población estudiada se obtuvieron que el 90% si recibieron atención pre natal y solo un 10% fueron las que no contaron con dicha atención.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tabla N° 7

PARIDAD:	Nº	%
Nulípara	279	29
Múltipara	493	51
Gran múltipara	199	20
TOTAL	971	100

Gráfico N° 7

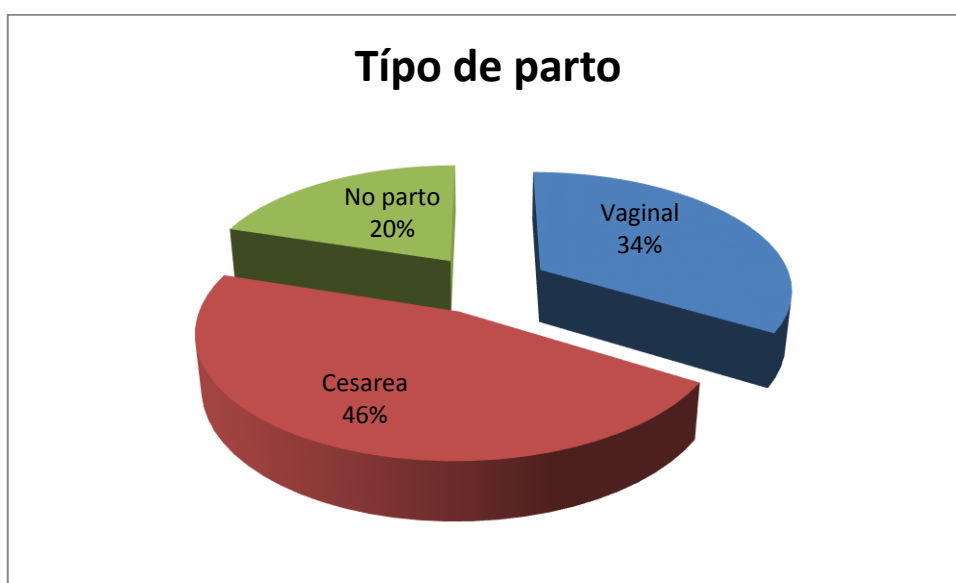


Interpretación.-En lo que respecta a la paridad, como se observa en el presente resultado se obtuvo que el 51% fueron múltiparas, mientras que un 29% nulíparas y un 20% gran múltiparas.

Tabla Nº 8

Tipo de parto:	Nº	%
Vaginal	327	34
Cesárea transperitoneal	449	46
No llegaron a parto	195	20
TOTAL	971	100

Gráfico Nº 8



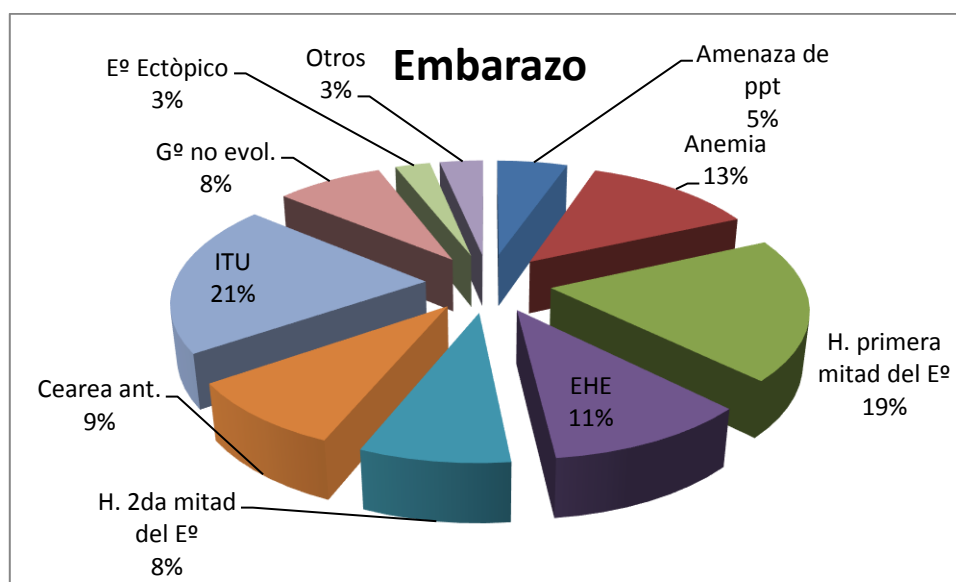
Interpretación.-Se pueden evidenciar en los resultados de la presente tabla, en relación al tipo de parto, que el 46% terminó en una cesárea, seguidas de parto vaginal con el 34% y finalmente encontramos a las gestaciones que no llegaron a culminar en parto con el 20%.

TIPO DE COMPLICACIONES QUE REPRESENTARON RIESGO

Tabla N° 9

Durante el embarazo	Nº	%
Amenaza de parto pre término	52	05
Anemia	126	13
Hemorragias de la primera mitad del embarazo	186	19
Enfermedades hipertensivas del embarazo	106	11
Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	78	08
Cesareadas anteriores	89	09
ITU	200	21
Gestación no evolutiva	79	08
Embarazo ectópico	26	03
otros	32	03
TOTAL	971	100

Gráfico N° 9

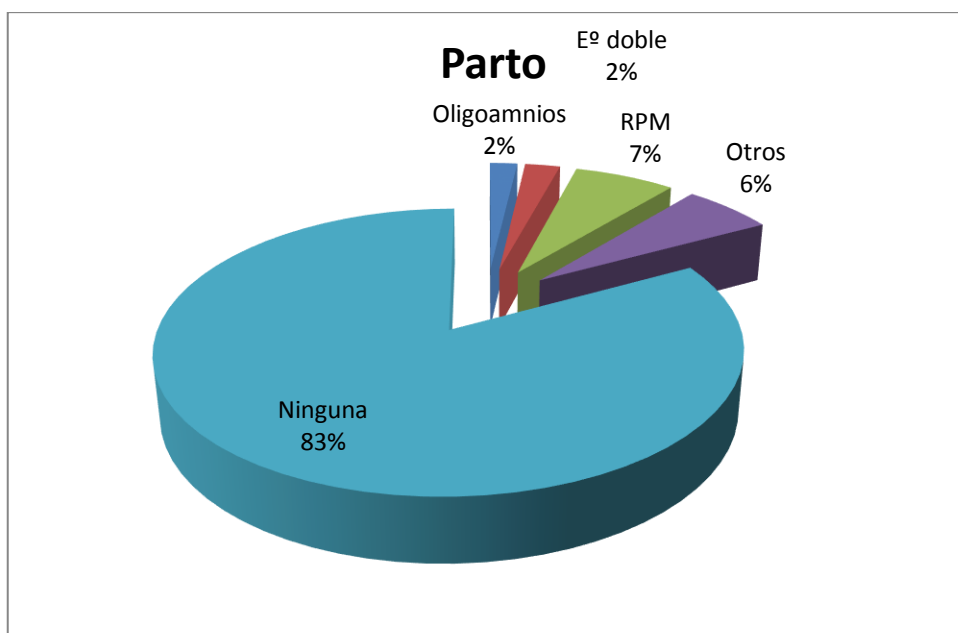


Interpretación.-Referente a los factores de riesgo durante el embarazo, en los resultados obtenidos se pueden evidenciar los siguientes: En primer lugar la ITU con el 21%, seguida de las hemorragias de la primera mitad del embarazo con el 19%, luego la anemia con el 13%, mientras que las enfermedades hipertensivas del embarazo con el 11%, las cesareadas anteriores con el 9%, las gestaciones no evolutivas y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo con el 8% cada una de ellas, la amenaza de parto pre término con el 5% y el embarazo ectópico y otras complicaciones con el 3%.

Tabla Nº 10

Durante el parto	Nº	%
Oligoamnios	18	02
Embarazo doble	23	02
RPM	66	07
Otros	59	06
Ninguna	805	83
TOTAL	971	100

Gráfico N° 10



Interpretación.-En el presente resultado se puede observar que un 83% de la población estudiada no presentó ningún factor de riesgo durante el parto, mientras que la RPM se dio en el 7%, otros factores de riesgo un 6%, oligoamnios el 2% igual porcentaje obtuvo el embarazo doble.

Tabla N° 11

Durante la Dilatación	Nº	%
Hipoactividad uterina	19	02
Fase latente prolongada	12	01
Ruptura prematura de membranas	45	05
Otro	39	04
Ninguna	856	88
TOTAL	971	100

Gráfico N° 11

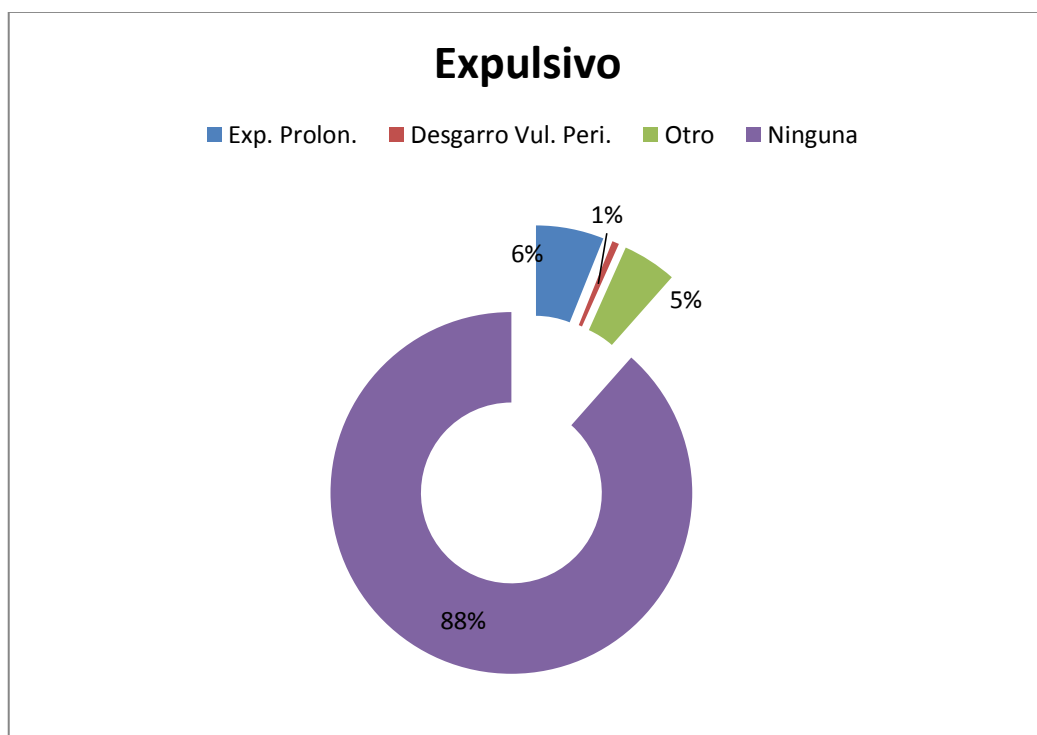


Interpretación. Dentro de los factores de riesgo durante el periodo de dilatación se muestra en los resultados lo siguiente: ninguna con el 88%, RPM el 5%, otros factores de riesgo el 4% hipo actividad uterina el 2%

Tabla N° 12

Durante período expulsivo	Nº	%
Expulsivo prolongado	59	06
Desgarros vulvo-perineales	06	01
Otro	47	05
Ninguna	859	88
TOTAL	971	100

Gráfico N° 12

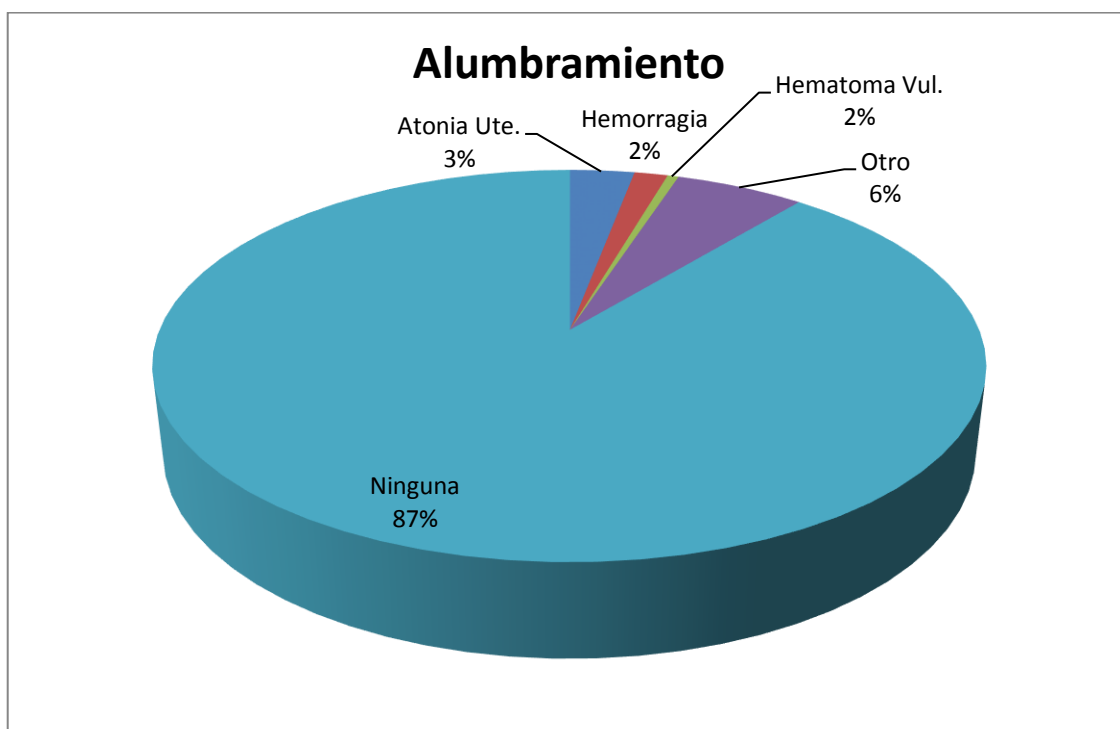


Interpretación.- En el resultado se evidencia que en relación a los factores de riesgo durante el periodo expulsivo fueron: con el 6% ele expulsivo prolongado, con el 5% otros factores de riesgo, con el 1% desgarros vulvo perineales y con el 88% que no presentaron ningun factor de riesgo durante este periodo.

Tabla N° 13

Durante período de alumbramiento	Nº	%
Atonía uterina	29	03
Hemorragia durante el alumbramiento	15	02
Hematoma vulvar	55	02
Otro	58	06
Ninguna	854	87
TOTAL	971	100

Gráfico N° 13

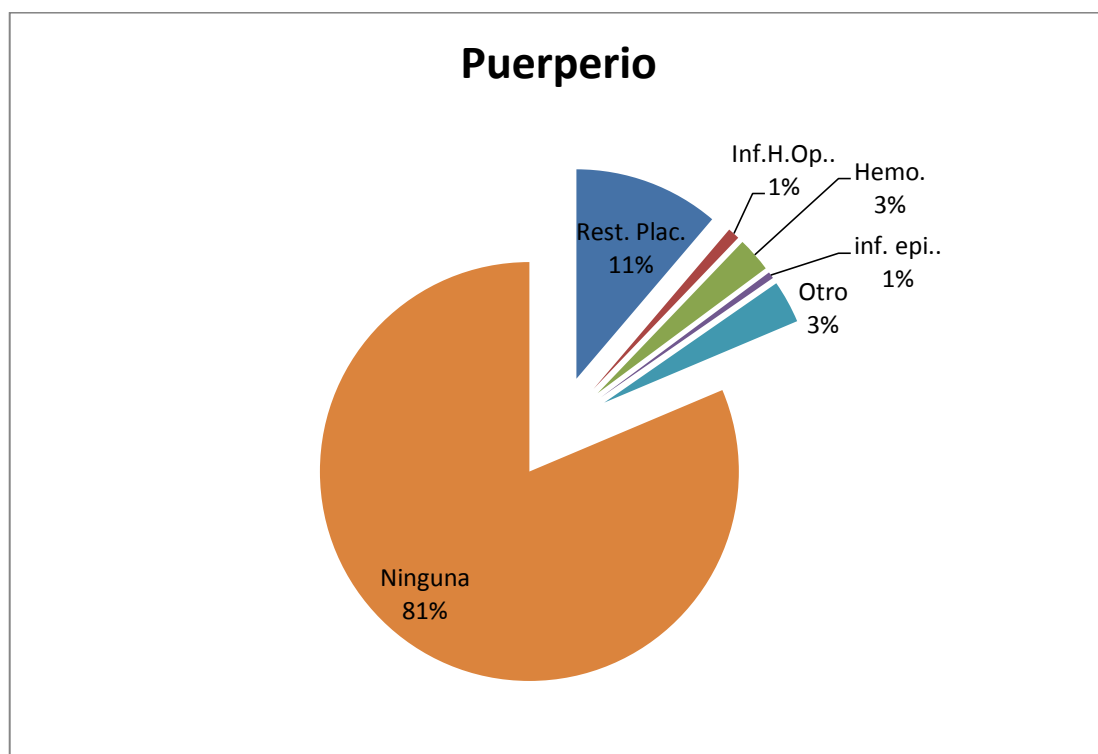


Interpretación.-Los factores de riesgo durante el periodo de alumbramiento, como se pueden observar en el presente resultado fueron: atonía uterina con el 3%, hemorragias y hematoma vulvar con el 2% cada una de ellas, otras complicaciones con el 6%, mientras que el 87% de la población estudiada no presentó complicación durante este periodo.

Tabla N° 14

Durante el puerperio	Nº	%
Restos Placentarios	109	11
Infec. Herida operatoria	09	01
Hemorragias	26	03
Inf. episiorrafia	05	01
Otros	27	03
Ninguna	822	81
TOTAL	971	100

Gráfico N° 14



Interpretación.- Se evidencian en los resultados que dentro de los factores de riesgo durante el puerperio fueron: Retención de restos placentarios el 11%, hemorragias y otras complicaciones el 3% cada una de ellas, mientras que la inf. De la herida operatoria y la infección de la episiorrafia con el 1% respectivamente, y las que no presentaron ninguna complicación en esta etapa fueron el 81%.

CAPITULO V

5. Discusión

Guadalupe Ramírez Rojasa y Graciela Freyermuth Enciso en un estudio que realizaron obtuvieron resultados tales como que dentro de las emergencias obstétricas los riesgos determinados fueron: hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo, parto o después del parto, trastornos hipertensivos, infecciones , parto obstruido o parto prolongado y aborto, que se manifiesta por sangrado en el primer trimestre del embarazo, similares resultados se pueden evidenciar en nuestro trabajo donde también como factores de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio estuvieron presentes las hemorragias, las enfermedades hipertensivas del embarazo, abortos entre otros.

De igual manera Martínez Nuñez Victoria Lisbeth, Eunice de Paz Morataya Cristina desarrollaron un estudio donde concluyeron que los factores asociados a complicaciones obstétricas durante, el embarazo, parto y puerperio fueron las enfermedades hipertensivas, gestantes con atención prenatal, en nuestro estudio también se dieron similares resultados.

Por otro lado tenemos a Silva Contreras Vanna que efectuó un estudio sobre factores de riesgo que producen complicaciones durante el embarazo llegando a la conclusión de que los abortos estaban como principal factor dentro de estas complicaciones, de la misma manera en nuestro trabajo se encontraron a los abortos como uno de los factores determinantes de las complicaciones durante el embarazo. Así mismo otros autores que realizaron diverso trabajos sobre el tema concluyeron que los principales factores de las complicaciones están la edad, la gesta paridad, el nivel educativo entre otros, resultados que se asemejan a los hallados en nuestro estudio.

CAPITULO VI

6. Conclusiones y Recomendaciones

CONCLUSIONES

En los resultados obtenidos, se pueden observar, en relación a las edades de la población en estudio, el grupo que mayor prevaleció fueron las de las edades de entre 25 a 39 años con el 36%.

Respecto al estado civil de la muestra estudiada, se obtuvieron los resultados siguientes: Estado civil conviviente con el 54%, estado civil casado con el 32%, soltero.

Referente a la escolaridad se obtuvo que el 47%, tenían el nivel de escolaridad secundario, mientras que un 29% nivel primario

En relación a la ocupación de la población estudiada tenemos: que las amas de casa alcanzaron un 71%, las trabajadoras formales un 16% y las trabajadoras informales un 13%.

Referente a la procedencia la mayoría fueron de procedencia de la zona urbana con el 51%, mientras las que procedieron de la zona rural fueron el 49%.

En referencia a la atención pre natal recibida por la población estudiada se obtuvieron que el 90% si recibieron atención pre natal y solo un 10% fueron las que no contaron con dicha atención.

En lo que respecta a la paridad, como se observa en el presente resultado se obtuvo que el 51% fueron multíparas,

En relación al tipo de parto, que el 46% terminó en una cesárea, seguidas de parto vaginal con el 34% y finalmente encontramos a las gestaciones que no llegaron a culminar en parto con el 20%.

Referente a los factores de riesgo las complicaciones durante el embarazo, en los resultados obtenidos se pueden evidenciar los siguientes: En primer lugar la ITU con el 21%, seguida de las hemorragias de la primera mitad del embarazo con el 19%, luego la anemia con el 13%, mientras que las enfermedades hipertensivas del embarazo con el 11%, las cesareadas anteriores con el 9%, las gestaciones no evolutivas y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo con el 8% cada una de ellas, la amenaza de parto pre término con el 5% y el embarazo ectópico y otras complicaciones con el 3%.

En el presente resultado se puede observar que un 83% de la población estudiada no presentó ningún factor de riesgo durante el parto, mientras que la RPM se dio en el 7%, otras complicaciones un 6%, oligoamnios el 2% igual porcentaje obtuvo el embarazo doble.

Dentro de los factores de riesgo durante el periodo de dilatación se muestra en los resultados lo siguiente: ninguna con el 88%, RPM el 5%, otros factores de riesgo el 4% hipo actividad uterina el 2%

En el resultado se evidencia que en relación a los factores de riesgo durante el periodo expulsivo fueron: con el 6% ele expulsivo prolongado, con el 5% otros factores de riesgo, con el 1% desgarros vulvo perineales y con el 88% que no presentaron ningún factor de riesgo durante este periodo.

Los factores de riesgo durante el periodo de alumbramiento, como se pueden observar en el presente resultado fueron: atonía uterina con el 3%, hemorragias y hematoma vulvar con el 2% cada una de ellas, otras

complicaciones con el 6%, mientras que el 87% de la población estudiada no presentó factores de riesgo durante este periodo.

Se evidencian en los resultados que dentro de las complicaciones durante el puerperio fueron: Retención de restos placentarios el 11%, hemorragias y otros factores de riesgo el 3% cada una de ellas, mientras que la infección de la herida operatoria y la infección de la episiorrafia con el 1% respectivamente, y las que no presentaron ningún factor de riesgo en esta etapa fueron el 81%.

RECOMENDACIONES

Se recomienda

- ✚ Diseñar estrategias para brindar a las gestantes reciban consejería preconcepcional; ya que, muchas de ellas al quedar embarazadas no toman en cuenta que diversos factores de riesgo que puedan tener y hacer que se presenten complicaciones.
- ✚ A los profesionales de la salud que brindan atención a las pacientes durante el embarazo, parto y puerperio, realizar la atención con la debida calidad y competencia a fin de que los factores de riesgo presentes en estas etapas no produzcan daños.
- ✚ La atención prenatal debe ser profunda en las gestantes, que cursen con algún factor de riesgo; debido a que, como lo mencionan diversos estudios, las complicaciones obstétricas se ven en aumento con la presencia de algún factor de riesgo.
- ✚ Reforzar la atención pre- intra y pos concepcional para evitar la morbi mortalidad materna.

CAPITULO VII

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, UNICEF, UNFPA evolución de la mortalidad materna 2009 al 2015
2. López Esther del Cerro Hemorragias del tercer trimestre en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Enero 2011 URL: disponible en http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf.
3. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 – 2015. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
4. RAJASDANUTA CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD, DÉCIMA REVISIÓN SEGÚN LA EDICIÓN DE 2013.
5. PEÑA E, MARTÍNEZ M. PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN UN HOSPITAL GENERAL CON SERVICIO DE OBSTETRICIA, DISTRITO NACIONAL, 2005. CIENCIA Y SOCIEDAD 2010; 35(1): 87-101.
6. SÁNCHEZ GARCÍA M, MUÑOZ SILVA A. INFLUENCIA DE PADRES Y AMIGOS SOBRE LA ACTITUD HACIA LA CONDUCTA SEXUAL DE PREVENCIÓN EN LA ADOLESCENCIA. UN ANÁLISIS FUNCIÓN DE GÉNERO. REV. LATINOAMERICANA DE PSICOLOG 2005: 37 .
7. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO (LIMA) 2012; 21

8. ATAULLA I. THE OLDER OBSTETRIC PATIENT. CURRENT OBSTET GYNAECOL. 2010;15:46-53
9. ROMERO-MALDONADO S, QUEZADA-SALAZAR C, LÓPEZ M, ARROYO L. EFECTO DE RIESGO EN EL HIJO DE MADRE CON EDAD AVANZADA (ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES). GINECOL OBSTET MÉX. 2012; 70:295-302.
10. MILLS T, LAVENDER T. ADVANCED MATERNAL AGE. OBSTETRICS, GYNAECOLOGY AND REPRODUCTIVE MEDICINE 2010; 21(4)
11. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO (LIMA) 2012.
12. ENDES 2011 INFORME TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR EDAD PARA EL PERIODO DE SIETE AÑOS.
13. MINSA: OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, INFORMACIÓN SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ, 2009
14. OMS, GINEBRA: TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD MATERNA 2010
15. HAILU D. YBERHE H. L: ESTADO DE CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO EN LAS MADRES, EN EL ESTADO REGIONAL DE TIGRAY, ETIOPÍA. 2013.
16. GUADALUPE RAMÍREZ ROJASA Y GRACIELA FREYERMUTH ENCISO EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN MÉXICO: MAYO, 2013
17. EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN MÉXICO: DESIGNACIÓN DE CONCEPTO Y USO MAYO, 2013.

18. MARTÍNEZ NUÑEZ VICTORIA LISBETH, EUNICE DE PAZ MORATAYA CRISTINA "FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO" CUILAPA MAYO – JUNIO 2013.
19. SILVA CONTRERAS VANNA: FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL ESSALUD AREQUIPA 2016 JULIACA– PERÚ 2016.
20. ALTAMIRANO GIRANO PAULA ANGÉLICA: FACTORES DE ALTO RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL 2009 LIMA – PERÚ 2012.
21. GOMEZ SILVAYESSICA: " NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: HEMORRAGIA DURANTE EL PARTO POSTPARTO Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN INTERNOS DE OBSTETRICIA DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO - JUNIO 2015" LIMA – PERÚ 2015
22. PRINCIPALES EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS: HEMORRAGIA DURANTE EL PARTO POSTPARTO Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN INTERNOS DE OBSTETRICIA DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO - JUNIO 2015" LIMA – PERÚ 2015.
23. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS

- PERSONAS. ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – LIMA: MINISTERIO DE SALUD; 2010.
24. PACHECO ROMERO, JOSÉ. MANUAL DE OBSTETRICIA EDITORIAL: CARLOS 2011.
25. GUÍAS CLÍNICAS Y DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL – PERÚ. 2005.
26. EMBARAZO DE ALTO RIESGO: ATENCIÓN INTEGRAL Y ESPECIALIZADA. INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL. LIMA 2002.
27. CIFUENES B., RODRIGO. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA BASADA EN LA EVIDENCIA. DISTRIBUIDORA LTDA., BOGOTÁ – COLOMBIA, 2002.
28. GUÍA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. MINISTERIO DE SALUD – PERÚ. 2014.
29. ELBA LÓPEZ QUEVEDO, TESIS “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO”, UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ECUADOR, 2010.
30. CAMPO NAZARETH MA., PUERPERIO, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, 2010. DISPONIBLE EN : [HTTP://WWW. CONSULTORSALUD.COM/ BIBLIOTECA /ARTICULOS/PUERPERIO.PDF](http://www.consultorsalud.com/BIBLIOTECA/ARTICULOS/PUERPERIO.PDF).

31. CABRERA SANTIAGO, HEMORRAGIA POSTPARTO, REV. PER GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA 2010, DISPONIBLE EN: [HTTP://SISBIB.UNMSM.EDU.PE/BVREVISTAS/GINECOLOGIA/VOL 56_N1/PDF/A](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_N1/PDF/A).
32. WILLIAMS. OBSTETRICIA, CUNNINGHAM F, LEVENO. EDICION 24 – 2014.
33. PEREZ SANCHEZ ALFREDO Y DONOSO: OBSTETRICIA, CUARTA EDICION, MEDITERRANEO 2011.
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de salud y nutrición de las madres y niños menores de cinco años. ENDES 2000, 2007, 2009 y I semestre del 2010. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010. 7. Instituto Nacional de estadística e informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
35. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: OMS; 2011. 17.
36. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. 2ª. Ed. La Habana: Editorial ciencias médicas; 2004. 18.
37. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ª. Ed. Buenos Aires Argentina: El ateneo; 2009. 19.
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización; 2014

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERISTICAS GENERALES

Edad.

Menores de 19 años

20 a 24 años

25 a 29 años

30 a 34 años

Mayores de 35 años

Estado Civil:

- Soltera
- Conviviente
- Casada

Escolaridad:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Diversificado

Ocupación:

- Ama de casa
- Trabajadora formal.
- Trabajadora informal

Atención prenatal:

Si

No

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Paridad:

Nulípara

Múltipara

Gran múltipara

Tipo de parto:

Vaginal

Cesárea transperitoneal

TIPO DE COMPLICACIONES

Durante el embarazo

Anemia

Enfermedades hipertensivas del embarazo

Hemorragias de la primera mitad del embarazo

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo

Cesareadas anteriores

Embarazo ectópico

Durante el parto

Oligoamnios

Embarazo doble

RPM

Otros

DILATACIÓN

Hipoactividad uterina

Fase latente prolongada

Fase activa prolongada

Trastornos hipertensivos

Ruptura prematura de membranas

Otro

EXPULSIVO

Expulsivo prolongado

Desgarros vulvo-perineales

Otro

ALUMBRAMIENTO

Atonía uterina

Hemorragia durante el alumbramiento

Otro

Durante el puerperio

Infección de la herida operatoria

Infección de la episiorrafía

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>-¿Cuáles son los factores clínicos en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?</p> <p>-¿Cuáles son los factores sociales en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?</p> <p>¿Cuál es la razón de mortalidad materna de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018?</p>	<p>1.3. Objetivo General</p> <p>Determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018</p> <p>1.4. Objetivos Específicos</p> <p>Determinar cuáles son los factores clínicos en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018</p> <p>Establecer cuáles son los factores sociales en pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018</p> <p>Determinar cuál es la prevalencia de las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018</p> <p>Establecer cuál es la razón de mortalidad materna de las pacientes con complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco 2018.</p>	<p>Sistema de Hipótesis</p> <p>Ha.- Los principales factores asociados a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son los factores socio culturales y económicos</p> <p>Ho.- Los principales factores asociados a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio NO son los factores socio culturales y económicos</p>	<p>-Variable dependiente</p> <p>Factores asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo parto y puerperio</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Pacientes Obstétricas</p>	<p>Tipo de investigación observacional, retrospectivo, Longitudinal.</p> <p>Diseño No experimental (observacional) Caso-control, descriptivo correlacional, retrospectivo y de corte transversal.</p> <p>Población:</p> <p>. Muestra:</p> <p>Muestreo: Probabilístico.</p> <p>Técnica de recolección de datos: Llenado de la Ficha de recolección de datos. Instrumento: Ficha de registro de datos.</p>